



Vous venez d'être admis à l'hôpital et allez y séjourner.

Dès votre admission, vous avez la possibilité de désigner une « **personne de confiance** ».

Il s'agit d'une personne majeure, suffisamment proche de vous pour connaître vos convictions, vos souhaits, vos volontés et à qui vous faites confiance. Ce peut être un membre de votre famille, un ami, un voisin, votre médecin traitant.

Si vous le souhaitez, cette personne pourra, vous accompagner dans vos démarches et vous assister lors des entretiens médicaux, afin de vous aider dans les prises de décision.

Si, en raison de votre état de santé, il vous arrivait de n'être plus en mesure d'exprimer votre volonté ou de comprendre les informations médicales et à défaut d'avoir exprimé par écrit vos directives anticipées, la personne de confiance serait alors consultée par l'équipe de soins, afin que votre volonté et vos convictions soient prises en compte dans les décisions de soins.

**Cette désignation est facultative, elle doit être faite par écrit et figure dans votre dossier médical.
Pour plus d'information, vous pouvez vous reporter au livret d'accueil qui vous a été remis.**

Merci de remettre ce formulaire au médecin ou aux infirmières du service.

DESIGNATION :

Je soussigné(e) Mme, Mlle, M. :

Né(e) le :à.....

Demeurant :

.....
.....

déclare avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et souhaite :

Ne pas en désigner une.

Désigner comme personne de confiance :

Uniquement pour la durée de mon séjour dans l'établissement.

Pour la durée de mon séjour dans l'établissement **et** ultérieurement jusqu'à sa révocation.

Mme, Mlle, M. :

Demeurant :

.....
.....

Téléphone(s) :

Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : Oui Non

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : Oui Non

Fait à

Le

Signature :



REVOCACTION :

Je soussigné(e) Mme, Mlle, M. :
patient(e) majeur(e) hospitalisé(e) au Centre Hospitalier de Bagnols-sur-Cèze.

Né(e) le :à.....

Demeurant :
.....
.....

Révoque comme personne de confiance à compter du.....

Mme, Mlle, M. :.....

Demeurant :
.....
.....

Téléphone :.....

Et désigne comme nouvelle personne de confiance :

Mme, Mlle, M. :.....

Demeurant :
.....
.....

Téléphone :.....

Je l'ai informé(e) de sa désignation comme personne de confiance. Cela vaut pour :

- Toute la durée de mon hospitalisation.
- La durée de mon hospitalisation **et** ultérieurement jusqu'à sa révocation ainsi que la loi m'y autorise à tout moment.

Date :.....

Signature :